ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-6

Date de publication : 30 mars 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

Pagination officielle :

OBJECTIFS NATIONAUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES RELATIFS À LA LUTTE CONTRE LES MALADIES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES PAR UN VACCIN CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS . .	F-1	49 – 54
MISE À JOUR : LES MALADIES INFANTILES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES PAR L'IMMUNISATION — ÉTATS-UNIS, 1994	F-4	54 – 55
SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES (En date du 18 mars 1995)	F-5	55 – 56

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

OBJECTIFS NATIONAUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES RELATIFS À LA LUTTE CONTRE LES MALADIES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES PAR UN VACCIN CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS

En septembre 1990, les chefs d'État de 71 pays, dont le Canada, se sont réunis aux Nations Unies à l'occasion du Sommet mondial pour les enfants. Ils se sont engagés, au nom de leurs gouvernements, à défendre les intérêts des enfants en ratifiant une déclaration faisant état d'un certain nombre d'objectifs liés à la santé des enfants, plus particulièrement, à l'éradication et à la réduction de l'incidence de la maladie et à la couverture vaccinale. Dans le sillage de cette rencontre, Santé Canada a exprimé sa ferme volonté d'appuyer l'élaboration d'objectifs nationaux en matière de santé des enfants, par l'entremise de l'Initiative pour le développement de l'enfant. Même si ce programme devait relever surtout de la Direction générale des programmes et des services de santé (DGPSS), il a été convenu que le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de la Direction générale de la protection de la santé serait mis à contribution et serait responsable de la définition d'objectifs liés aux maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), le Comité consultatif de l'épidémiologie (CCÉ) et le Comité consultatif de la santé communautaire (CCSC) ont déterminé que la lutte contre les maladies transmissibles passait par l'adoption d'une approche coordonnée. Au cours de l'automne 1991, le LLCM présentait au CCSC un document de travail sur les objectifs concernant les maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Au terme de cette réflexion, le LLCM proposait un plan d'ensemble pour l'élaboration d'objectifs nationaux à la réunion de juillet 1992 du CCSC. Le processus devait miser sur la discussion et la concertation.

À titre de contribution à cette initiative, la Division de l'immunisation des enfants, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM, a parrainé une série de quatre conférences de concertation financées dans le cadre du programme «Grandir ensemble». La conférence du 1 au 2 décembre 1992 portait sur la rougeole; celle du 11 au 13 mai 1993 sur la coqueluche; celle du 31 janvier au 2 février 1994 sur les oreillons et la rubéole et celle du 4 octobre 1994 sur la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, *Haemophilus influenzae* de type b et l'hépatite B.

Parmi les participants à la conférence figuraient des représentants de toutes les provinces et des territoires, généralement l'épidémiologiste provincial ou territorial et un représentant du service de santé local; de la Direction générale des services médicaux, du Bureau des produits biologiques, de la Direction des médicaments et du LLCM, de Santé Canada; des fabricants de vaccins; de la Société canadienne de pédiatrie; du Collège des médecins de famille du Canada; de l'Association médicale canadienne; de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; du Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique; de la Fondation canadienne des maladies du foie; de l'ACCH et de l'Advisory Committee on Population Health; de l'Organisation panaméricaine de la santé ainsi que des experts nationaux et internationaux. Bon nombre des participants étaient des membres du CCNI, du CCÉ et du Comité consultatif technique.

Les conférences visaient un double objectif : d'abord et surtout, définir des objectifs nationaux généraux et spécifiques (les quatre conférences) et ensuite, déterminer la meilleure stratégie à adopter pour atteindre ces objectifs et discuter des nombreux problèmes posés par certaines des maladies (les trois premières conférences).

L'objectif visé ici est de réunir en un seul document tous les objectifs nationaux généraux et spécifiques définis lors des diverses conférences de concertation et ayant trait aux maladies du nourrisson et de l'enfant qui peuvent être prévenues par un vaccin. Ces objectifs ont déjà été publiés dans le cas de la rougeole[1], de la coqueluche[2], des oreillons et de la rubéole[3] mais pas à l'égard des maladies sur lesquelles portait la dernière conférence. Comme celle-ci visait simplement à établir des objectifs, nous n'en publierons pas le procès-verbal.

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02675/

La formulation de certains objectifs déjà publiés a été légèrement remaniée pour des raisons d'uniformité, mais leur contenu et leur teneur sont demeurés les mêmes.

Les recommandations qui visaient toutes les maladies sont présentées sous la rubrique «Objectifs généraux et spécifiques». Les autres sont présentées par ordre alphabétique de maladie. Le mode de présentation des objectifs généraux et spécifiques, qui varie d'une maladie à l'autre, rend compte de la diversité des situations, des réalisations, des priorités et des répercussions sur la santé publique.

Objectifs généraux et spécifiques

- Vérifier que tous les vaccins administrés ont été transportés, entreposés et administrés convenablement et veiller à ce que les effets secondaires du vaccin fassent l'objet d'une surveillance continue et que l'efficacité du vaccin soit contrôlée.
- Réexaminer tous les objectifs généraux et spécifiques en 1999*.

DIPHTÉRIE

Objectif général

- Éliminer les cas de diphtérie indigène d'ici 1997.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 97 % à l'âge de deux ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour†.
- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 99 % à l'âge de 7 ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour.

INFECTIONS INVASIVES À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B

Objectif général

D'ici 1997, éliminer les cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) pouvant être prévenus chez les enfants et maintenir cet objectif.

Objectif spécifique

- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 97 % à l'âge de deux ans; veiller à ce que la vaccination soit à jour et recommander que les vaccins soient administrés selon le calendrier prévu, à compter de l'âge de deux mois.

HÉPATITE B

Objectif général

- D'ici 2015, réduire de 90 % le taux de prévalence des infections chroniques et indigènes par le virus de l'hépatite B (VHB) chez les enfants et les jeunes adultes.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1995, soumettre toutes (100 %) les femmes enceintes à un test de dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B et immuniser tous (100 %) les bébés de mères porteuses de l'antigène à l'aide d'un vaccin et d'immunoglobulines contre l'hépatite B le plus vite possible après la naissance.
- Instaurer un programme d'immunisation systématique et universelle des enfants contre l'hépatite B d'ici 1997.
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 95 % dans les populations visées par les programmes universels d'ici 1997.
- D'ici 1995, faire en sorte que chaque province et chaque territoire appliquent une politique concernant l'administration d'un vaccin contre l'hépatite B à tous les groupes à haut risque, comme le prévoit le *Guide canadien d'immunisation*, 4e édition, 1993.

ROUGEOLE

Objectif général

- Éliminer la rougeole indigène au Canada d'ici 2005.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 97 %, la première dose étant administrée à deux ans.
- D'ici l'an 2000, atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 99 %, la seconde dose étant administrée à sept ans*.
- Atteindre et maintenir un taux d'incidence de moins d'un cas par 100 000 habitants dans chaque province/territoire, d'ici l'an 2000.

OREILLONS

Objectif général

- Maintenir un programme de prévention active des oreillons, afin de réduire au minimum les séquelles graves de cette maladie.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 97 % à l'âge de deux ans.
- D'ici 1997, atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 99 % à l'âge de sept ans*.

COQUELUCHE

Objectifs généraux

- Réduire la morbidité et la mortalité liées à la coqueluche.
- Immuniser tous les enfants canadiens contre la coqueluche conformément aux lignes directrices du CCNI.

---

* À l'origine, il avait été prévu que les objectifs généraux et spécifiques liés à la rubéole devaient être revus en 1997; cette date a été changée pour tenir compte de celle fixée à l'égard des autres maladies.

† C'est-à-dire, vérifier que l'enfant a reçu le nombre du vaccin recomandé par le CCNI.

* À l'origine, l'objectif prévoyait l'administration du vaccin avant l'entrée à l'école, ce qui a été changé pour tenir compte des autres objectifs et pour faciliter le suivi de tous les objectifs.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 95 % à l'âge de deux ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour*.
- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 95 % à l'âge de sept ans† et veiller à ce que la vaccination soit à jour*.
- Voir à ce que tous les cas de coqueluche signalés soient pris en charge de façon adéquate.
- D'ici 1997, faire en sorte que la gravité de la maladie, telle que l'indiquent les admissions aux unités de soins intensifs, soit réduite de 50 % (selon une moyenne mobile).
- D'ici 1994, faire en sorte que la déclaration des cas de coqueluche soit uniformisée à l'échelle nationale.

POLIOMYÉLITE

Objectifs généraux

- Maintenir l'élimination de la poliomyélite indigène causée par le poliovirus sauvage.
- Prévenir les infections dues à un virus importé.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 97 % (au moins trois doses de vaccin antipoliomyélitique) à l'âge de deux ans.
- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 99 % à l'âge de sept ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour.

RUBÉOLE

Objectif général

- Éliminer, d'ici l'an 2000, l'infection rubéoleuse indigène chez les femmes enceintes et prévenir ainsi les effets dommageables sur le foetus, le syndrome de rubéole congénitale et d'autres effets négatifs de l'infection.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 97 % à l'âge de deux ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour.
- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 99 % au moment l'entrée à l'école et veiller à ce que la vaccination soit à jour.
- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 99 % à l'âge de 14 ou 15 ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour.
- D'ici 1995, soumettre à un dépistage sérologique TOUTES les femmes enceintes suivies pendant la période prénatale pour déterminer leur réceptivité à la rubéole et/ou obtenir d'elles leur date de vaccination.
- D'ici 1995, atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 99 % chez les femmes réceptives qui viennent d'accoucher avant leur renvoi de l'hôpital.
- Faire en sorte que tous les femmes en âge de procréer ont des preuves de vaccination contre la rubéole, et si tel n'est pas le cas, que le vaccin contre la rubéole leur soit administré, afin que le taux de femmes primipares séronégatives soit inférieur à 4 % d'ici 1997.

TÉTANOS

Objectif général

- Maintenir l'élimination du tétanos chez les nouveau-nés et les enfants.

Objectifs spécifiques

- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 97 % à l'âge de deux ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour.
- D'ici 1997, atteindre une couverture vaccinale de 99 % à l'âge de sept ans et veiller à ce que la vaccination soit à jour.

Outre les objectifs généraux et spécifiques susmentionnés, les participants aux conférences de concertation ont insisté sur la nécessité :

- de suivre les recommandations du groupe de travail sur l'éradication de la poliomyélite[4] et de la commission nationale de certification[5];
- d'insister sur l'importance de l'immunisation des adultes contre les maladies susmentionnées (surtout le tétanos);
- d'atteindre certains taux de couverture vaccinale aux échelons national, provincial et territorial et au niveau des bureaux de santé;
- d'essayer d'entreprendre l'immunisation à l'âge recommandé par le CCNI[6].

Références

1. LLCM. *Conférence de concertation sur la rougeole*. RMTC 1993;19:72-9.
2. LLCM. *Conférence de concertation sur la coqueluche*. RMTC 1993;19:124-35.
3. LLCM. *Conférence de concertation sur les oreillons et la rubéole*. RMTC 1994;20:165-76.
4. Minutes from the Working Group on Polio Eradication. March 14, 1994, Toronto, Ontario.
5. Report of the National Certification Commission on Polio Eradication in Canada. Presented at the Meeting of the International Certification Commission on Polio Eradication, Washington, August 22-25, 1994.
6. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. 4e édition. Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 1993. (Approvisionnements et Services Canada, nº de cat. H49-8/1993F.)

---

* À l'origine, l'objectif se lisait comme suit "D'ici 1997, tous les services de santé au Canada devraient signaler un taux de vaccination contre la coqueluche calculé à partir du nombre de doses requises selon l'âge (≥ 95 %). Il a été modifié pour tenir compte des autres objectifs et pour faciliter l'évaluation.

† À l'origine, l'objectif prévoyait l'immunisation avant l'entrée à l'école, ce qui a été changé pour tenir compte des autres objectifs et pour faciliter le suivi de tous les objectifs.

Commentaire de la rédaction

Avant l'adoption de cette initiative, certaines provinces avaient déjà défini ou s'employaient à définir leurs propres objectifs généraux concernant les maladies pouvant être prévenues par un vaccin, mais, contrairement aux États-Unis et au Royaume-Uni, le Canada ne s'était pas doté d'objectifs nationaux en la matière.

Or, il est important de disposer d'objectifs nationaux si l'on veut obtenir les résultats souhaités en santé publique: définir l'orientation à donner aux politiques, à la planification et à l'évaluation de programmes et coordonner la réforme des politiques, l'établissement de priorités et la planification des services de santé en fonction de résultats spécifiques.

L'adhésion aux objectifs généraux et leur mise en oeuvre ne devraient pas entraîner un surcroît de travail pour le réseau de santé publique. Bien au contraire, à long terme, il devrait s'agir d'une mesure économiquement rentable. Cependant, il va sans dire qu'elle suppose le transfert, aux stratégies de prévention systématiques, de certains fonds actuellement consacrés au traitement ou à la lutte contre les éclosions.

Afin de suivre les progrès accomplis au chapitre de la réalisation des objectifs généraux et spécifiques, il faudra surveiller l'administration des vaccins et, plus particulièrement, la couverture vaccinale, et renforcer les mesures de surveillance des maladies aux échelons fédéral et provincial.

Si nous voulons assurer à nos enfants un avenir meilleur, il appartient à chacun d'entre nous, et non seulement aux autorités nationales et provinciales et aux organisations professionnelles, de tout mettre en oeuvre pour que ces objectifs soient atteints. Pour sa part, Santé Canada a entrepris de mettre en place l'infrastructure nécessaire à ce travail d'évaluation et d'appuyer davantage les efforts des provinces à cet égard.

Notes internationales

MISE À JOUR : LES MALADIES INFANTILES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES PAR L'IMMUNISATION — ÉTATS-UNIS, 1994

En 1993, les responsables de la *Childhood Immunization Initiative* (*CII*) se sont fixé comme objectif d'éliminer six maladies infantiles pouvant être prévenues par l'immunisation. Les objectifs spécifiques pour 1996 consistent à éliminer la transmission indigène de la rougeole, de la rubéole (et de la rubéole congénitale), de la poliomyélite causée par des poliovirus sauvages et de la diphtérie chez tous les groupes d'âge; le tétanos chez les enfants de moins de 15 ans; et les infections invasives causées par *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) chez les enfants de moins de cinq ans. Le présent rapport résume les progrès accomplis à ce chapitre entre janvier et août 1994 et compare ces résultats avec les données receuillies au cour de la même période en 1993.

Les résultats préliminaires fondés sur les déclarations de cas de maladies faites au *National Notifiable Diseases Surveillance System* (*NNDSS*), et entre janvier et août 1994, révèlent qu'en ce qui concerne la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la rubéole congénitale, les objectifs d'élimination ont été atteints ou presque. En revanche, comparativement à 1993, on note une augmentation substantielle du nombre de cas déclarés de rougeole, une hausse moins prononcée du nombre de cas déclarés de rubéole et des diminutions des nombres de cas déclarés d'infection invasive à *H. influenzae*, de coqueluche et d'oreillons.

Poliomyélite, diphtérie et tétanos — Aucun cas indigène d'infection attribuable à un poliovirus sauvage n'a été signalé aux États-Unis depuis 1979, et l'*International Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication in the Americas* a confirmé l'élimination du poliovirus sur le continent américain en septembre 1994[1]. Un cas de poliomyélite d'origine vaccinale a été confirmé chez nourrisson de trois mois en 1994. Un cas de diphtérie évoluant vers une myocardite mortelle a été observé au Massachusetts en 1994 chez un garçon de quatre ans non immunisé; les parents de cet enfant faisaient partie d'une groupe religieux opposé à la vaccination. En 1994, 22 cas de tétanos ont été signalés, dont huit (40 %) cas chez des personnes âgées de 65 ans et plus; aucun cas n'a été signalé chez les enfants de moins de 15 ans.

Rougeole — Le total préliminaire de cas de rougeole signalés au *NNDSS* s'élève à 814 cas. Au cours des 26 premières semaines de 1994, 15 épidémies de rougeole (grappes d'au moins cinq cas présentant un lien épidémiologique) ont été observées dans 10 États[2]. Toutefois, seulement 18 cas ont été enregistrés en août, ce qui reflétait une baisse d'activité de la maladie. Parmi les 808 cas dont l'âge est connu, 185 (23 %) avaient moins de 5 ans alors qu'en 1993, 93 (38 %) des 245 cas dont l'âge était connu appartenaient à ce groupe d'âge.

Rubéole — En 1994, 204 cas de rubéole ont été signalés au *NNDSS*, comparativement à 157 cas l'année précédente. Dix-neuf (9 %) des 200 cas dont l'âge était connu avaient moins de 5 ans, contre 23 (16 %) sur 146 cas en 1993. Parmi tous les cas de rubéole déclarés en 1994, 59 % se sont déclarés parmi une population d'adultes non immunisés lors d'une épidémie importante au Massachusetts. Deux cas de rubéole congénitale ont été signalés entre janvier et août 1994; il s'agissait chaque fois d'une déclaration tardive de cas de rubéole congénitale chez des nourrissons survenu en 1992-1993. Par comparaison, les déclarations tardives de cas survenus chez des nourrissons nés en 1992 représentaient quatre des cinq cas signalés en 1993.

Infections invasives à H. influenzae — On connaît l'âge de 746 des 784 cas d'infection invasive à *H. influenzae* signalés en 1994. Deux cent dix (28 %) d'entre eux avaient moins de 5 ans, soit une diminution de près de 20 % par rapport à 1993 chez ce groupe d'âge. On ignore le pourcentage exact d'infections invasives causées par *H. influenzae* de type b, car le sérotype responsable n'a pas été identifié de façon systématique. Toutefois, d'après les données de surveillance active fournies par les laboratoires de quatre États, les infections invasives à Hib représentaient 27 % de tous les cas d'infections invasives survenus en 1993 chez des enfants de moins de 5 ans[3].

Coqueluche — On a dénombré 2 203 cas de coqueluche en 1994, contre 3 171 cas l'année précédente. Aucune épidémie importante (c.-à-d., grappes de plus de 50 cas) s'étendant à une ville entière ou à un État n'a été signalée aux *CDC* en

1994. En 1993, de telles épidémies s'étaient déclarées dans les villes de Chicago et de Cincinnati.

Oreillons — En 1994, 957 cas d'oreillons ont été signalés, soit une diminution de 15 % par rapport à 1993. Parmi les 881 cas dont l'âge est connu, 155 (18 %) avaient moins de 5 ans: cette proportion était identique en 1993.

Références

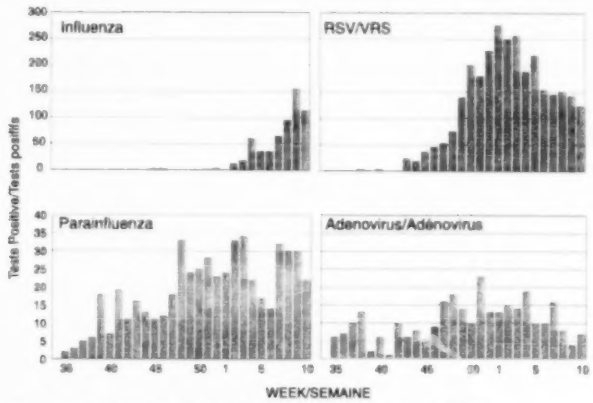
1. CDC. *Certification of poliomyelitis eradication - the Americas, 1994*. MMWR 1994;43:720-22.
2. CDC. *Measles - United States, first 26 weeks, 1994*. MMWR 1994;43:673-76.
3. CDC. *Progress toward elimination of **Haemophilus influenzae** type b disease among infants and children - United States, 1987-1993*. MMWR 1994;43:144-48.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 43, n° 39, 1994.*

SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES (En date du 18 mars 1995)

On semble observer une diminution au Canada du nombre de cas confirmés par des analyses en laboratoire et signalés d'infection à virus respiratoires (figure 1). Il convient d'attirer l'attention notamment sur la diminution du nombre de cas signalés d'infection par le virus respiratoire syncitial (VRS), soit 3 084 cas à ce jour pour la saison, par rapport au sommet atteint entre le commencement et le milieu de janvier. Il semble y avoir eu également une diminution du nombre de cas positifs de parainfluenza (502) et de cas positifs d'infection à adénovirus (301).

Figure 1
Virus respiratoires : tests positifs au Canada, selon la semaine de déclaration



Nota : Prière de noter les figures du haut et du bas ne sont pas à la même échelle.

Le nombre de cas déclarés d'infection de grippe pourrait indiquer l'existence d'une épidémie tardive au Canada cette année, qui viendrait peut-être à peine d'atteindre son maximum. À ce jour, des laboratoires ont signalé 741 cas confirmés de grippe cet hiver. Le virus de la grippe A a été identifié dans 628 cas (85%) et celui de la grippe B dans 113 cas (15%). Certaines provinces signalent des éclosions locales de cas en plus de l'apparition de cas sporadiques, mais aucun territoire ou province ne fait état d'une recrudescence générale et de proportions épidémiques de ces infections pour cette saison.

Les États-Unis indiquent toujours une activité grippale générale dans de nombreuses régions. Le virus de la grippe A est le plus répandu même si celui de la grippe B l'a aussi été. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale que la grippe des types A et B s'essoufle en Europe ou qu'elle est tardive.

Source : *Laboratoires participant à la collecte de données pour le Programme de surveillance des virus respiratoires, Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM (Ottawa) et OMS.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifique :	D[r] John Spika	(613) 957-4243
	D[r] Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Groupe Communication Canada - Édition, Ottawa (Canada) K1A 0S9 — N° de téléphone : (819) 956-4802 — Télécopieur : (819) 994-1498

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97.50 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1995

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.